

**OFÍCIO CIRCULAR CONJUNTO CONASS CONASEMS Nº 001**

Brasília, 19 de junho de 2020.

AOS  
**SECRETÁRIOS ESTADUAIS DE SAÚDE**  
**SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE**

Assunto: **Solicitação de informações a respeito da cobertura dos medicamentos de uso hospitalar utilizados em pacientes portadores de COVID-19.**

Senhor(a) Secretário(a),

Em razão dos encaminhamentos relacionados ao acordo que define estratégias emergenciais para a falta de medicamentos do chamado “kit intubação”, é fundamental nesse momento aferir o tempo de cobertura (em dias) de cada item, **em cada unidade federativa.**

Esse levantamento deve levar em consideração o consumo médio mensal e o estoque em **todos os hospitais contidos dos planos de contingência estadual**, sejam eles de gestão federal, estadual ou municipal.

Sugerimos que tão logo recebido esse ofício, seja devidamente encaminhado a cada hospital **contido dos planos de contingências estaduais**, e que as informações prestadas sejam consolidadas em nível estadual contemplando a demanda total da Unidade Federativa.

Para envio das informações sugere-se utilizar o seguinte racional de cálculo para aferir a demanda:

1. Considerar o total de **leitos UTI-COVID** constantes dos planos de contingência estaduais;
2. Considerar o consumo dos referidos medicamentos por **leito/dia**;
3. Considerar o estoque atual na data do levantamento;

MEDICAMENTO	VOLUME	CMM	COBERTURA EM DIAS
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	2,5 ML		
ATRACÚRIO, BESILATO 10MG/ML	5 ML		
ATROPINA, SULFATO 0,25 MG/ML	1 ML		
CETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML	10 ML		
CISATRACÚRIO, BESILATO 2MG/ML	5 ML		
CISATRACÚRIO, BESILATO 2MG/ML	10 ML		
DEXMEDETOMIDINA, CLORIDATO 100MCG/ML	2 ML		
DEXTROCETAMINA, CLORIDRATO 50MG/ML	10 ML		
DIAZEPAM 5MG/ML	2ML		

EPINEFRINA 1MG/ML	1ML		
ETOMIDATO 2 MG/ML	10 ML		
FENTANILA, CITRATO 0,05 MG/ML	10 ML		
HALOPERIDOL 5 MG/ML	1ML		
LIDOCAÍNA 20 MG/ML (2%) SEM VASOCONSTRICTOR	20ML		
MIDAZOLAM 5 MG/ML	10 ML		
MORFINA, SULFATO 10 MG/ML	1 ML		
NALOXONA, CLORIDRATO 0,4 MG/ML	1ML		
NOREPINEFRINA, HEMITARTARATO 2MG/ML (EQ. A 1MG/ML DE NOREPINEFRINA)	4ML		
PROPOFOL 10 MG/ML	20 ML		
PROPOFOL 10 MG/ML	100 ML		
ROCURÔNIO, BROMETO 10 MG/ML	5 ML		
SUXAMETÔNIO, CLORETO 100 MG	-		

**Obs:** Utilizar a planilha no formato Excel, em anexo, para envio das informações.

Por fim, considerando o caráter emergencial do assunto, **solicitamos que as informações sejam prestadas em até 48h.**

**Referência Técnica no Conass:** Heber Dobis Bernarde – [heber.bernarde@conass.org.br](mailto:heber.bernarde@conass.org.br), telefone: (61) 9.9624-7652.

**Referência Técnica no Conasems:** Elton Chaves – [elton@conasems.org.br](mailto:elton@conasems.org.br), telefone: (61) 9.9107-6384

Atenciosamente,



JURANDI FRUTUOSO SILVA  
Secretário Executivo do CONASS



MAURO GUIMARÃES JUNQUEIRA  
Secretário Executivo do CONASEMS

